

El impacto de las desigualdades económicas en la salud de los españoles

Sarah Tena Reiff

Índice

1 Introducción.....	3
2 Revisión bibliográfica y teórica sobre salud y desigualdad social.....	3
2.1 Desigualdades económicas y desigualdades en la salud. Introducción al problema.....	3
2.2 Un análisis de las desigualdades de la salud en Cataluña.....	5
2.3 Un análisis de las desigualdades de la salud en Andalucía.....	6
2.4 Un análisis de las desigualdades de la salud en Andalucía.....	7
3 Justificación y Metodología.....	8
3.1. Justificación.....	8
3.2 Criterios mínimos de calidad de los datos.....	9
3.3 Limitaciones; dificultades.....	10
3.4 Indicadores.....	11
4 Análisis y desarrollo.....	12
4.1 P44-P42 (valoración salud-nivel de ingresos). 2916	13
4.2 Valoración de la salud-Nivel de ingresos (de la Encuesta Europea de Salud).....	15
4.3 P44- CONDICION (valoración de la salud y condición socioeconómica). 2916	17
4.4 P1- CONDICIÓN (valoración de la salud-condición). 2848	18
4.5 P44- ocupa (valoración salud-ocupación). 2916	19
4.6 P44-ESTATUS (Valoración de la salud ESTATUS). 2916	20
4.7 P23- Estatus (Enfermedad-Estatus). 2848.....	21
4.8 P1-P43 (Valoración de la salud-Actividad laboral) y P1-P44 (Valoración de la salud-Tipo de actividad).2848.....	24
4.9 P23-P43 (Enfermedad-Actividad laboral). 2848.....	24
4.10 P16-P42 (Valoración de servicio sanitario público-Nivel de ingresos). 2916.....	26
4.11 P16-condicion (Valoración de servicio sanitario público-CONDICION). 2916.....	28
4.12 P12-ESTATUS (si ha recibido o no alguna recomendación para prevenir el cáncer-ESTATUS). 2848	30
4.13 Serie temporal L10403004 (Listas de espera para el especialista).	34
5 Conclusiones.....	36
Conclusiones metodológicas:.....	38
6 Bibliografía.....	38
7 Bases de datos consultadas (tanto las que se utilizaron finalmente como las que no).....	39

1 Introducción.

Aunque todos sabemos a qué nos referimos cuando hablamos de “salud”, lo cierto es que es un término más amplio de lo que puede parecer a primera en un primer momento. En él se engloban multitud de situaciones, que además cambian según el contexto. En muchas ocasiones está lejos de ser un estado objetivo, u obvio. ¿Se define sólo por la tenencia o no de algún trastorno o enfermedad? ¿Por la tenencia de alguna molestia? ¿Por el potencial de desarrollar en algún futuro? En numerosos estudios se habla de salud cuando se habla, no sólo en la pertenencia de alguna enfermedad o trastorno, si no también sobre los hábitos alimenticios, los hábitos de descanso, de ejercicio físico, de consumo de tabaco, de consumo de alcohol, de control del estrés etc... Cuando además se quiere medir el estado de la salud de un colectivo social, suelen considerarse además si éstos tienen o no facilidad de acceso a la sanidad, si están informados sobre formas de minimizar riesgos de contraer ciertas enfermedades, si tiene limitaciones para realizar actividades de la vida cotidiana, en caso de que los tenga, si dispone de ayuda personal para ellas, si utiliza utensilios para la mejora visual etc... Además de las predisposiciones genéticas, ¿es la cuestión de la salud puramente individual? ¿Puede tener la salud alguna dimensión social? Se parte de esta pregunta, y se trabajará en este estudio la relación que puede tener la salud con la situación económica.

2 Revisión bibliográfica y teórica sobre salud y desigualdad social.

2.1 Desigualdades económicas y desigualdades en la salud. Introducción al problema.

La salud -su cultivo, su deterioro o su pérdida - está muy ligada a los modos de organización social y a la distribución desigual de los recursos socioeconómicos. Está también ligada, con todas las consecuencias, al sistema político responsable de definir las prioridades de un país y de decretar su valor, para decretar las condiciones que favorecen su protección. Resulta por ello pertinente, analizar la relación entre salud y desigualdad

económica. Ese es, precisamente, el objetivo de dos académicos británicos, M. Purdy y D. Banks (1999), en un trabajo donde se analizan aspectos tales como la relación entre exclusión y salud mental, los programas comunitarios de promoción de la salud o la exclusión en relación a la atención materno-infantil.

Uno de los capítulos es especialmente interesante en relación a este trabajo. En él se analizan las razones de la exclusión, de las familias pobres con hijos, de una atención sanitaria adecuada. Su autora, Clare Blackburn, documenta en primer lugar cómo las familias que viven en peor situación socioeconómica viven menos tiempo y, al mismo tiempo, padecen más enfermedades, dificultades y discapacidades que el resto de la población. Se analizan después las razones por las que las familias pobres, a diferencia del resto de la población, quedan al margen de la promoción de estilos de vida saludables. Las condiciones de infravivienda, la alimentación o el consumo de tabaco son ejemplos claros de cómo los condicionantes sociales dificultan la adopción de actitudes más saludables.

Se sabe por ejemplo que las familias pobres suelen seguir dietas menos sanas, aunque no por desconocimiento de cuáles son los alimentos más adecuados, sino porque estos resultan precisamente los más caros y los más difíciles de conseguir. Además, explica esta autora, la parte del presupuesto familiar dedicada a la dieta es la más flexible y, a diferencia de la vivienda o la calefacción, se reduce y amplía en función de la situación económica de cada momento. Además, los autores que han estudiado la relación entre dieta y pobreza señalan que, habitualmente, se hace necesario elegir entre comer bien -de forma sana- y comer lo suficiente, y que forzados a elegir, eligen la cantidad.

Esta distribución social de la enfermedad y la mala salud conduce, según la autora, a un mayor uso de los servicios sanitarios por parte de las personas pobres. Además, también en esta utilización se da cierto grado de discriminación pues, por ejemplo, las familias de rentas bajas acceden en menor medida a los programas de prevención (sin embargo no a los terapéuticos), tardan más en reclamar ayuda especializada cuando lo necesitan y tienen menor acceso a determinados servicios debido a su coste (no todos están cubiertos por la Seguridad Social). El capítulo concluye destacando la necesidad de que los profesionales médicos tomen en cuenta las consecuencias de la pobreza sobre la salud y abandonen la visión, generalizada en la profesión, que relaciona los problemas de salud con las actitudes individuales sin tener en cuenta los condicionantes sociales.

2.2 Un análisis de las desigualdades de la salud en Cataluña.

Existen también algunos estudios sobre desigualdad y salud realizados en España, veamos algunos de ellos. Joan Benach y Carme Borrell (2005) coordinaron un estudio, editado por la Fundación Jaume Bofill, donde se analiza la evolución de las desigualdades en la salud en Cataluña entre 1994 y 2002. Partiendo de las dos últimas encuestas de salud realizadas en esa Comunidad Autónoma, el estudio analiza la evolución de diversos indicadores relacionados con la salud como la mortalidad, las enfermedades crónicas, el consumo de tabaco, la actividad física, la salud laboral, la autopercepción de la salud, la utilización de servicios sanitarios, etc.... y pone de manifiesto las desigualdades que al respecto existen en función de la clase social, el género, el origen étnico o el lugar de residencia.

Según los datos de Borrell y Benach, la percepción de la salud de la población catalana ha mejorado en los últimos ocho años anteriores al estudio, si bien sigue siendo notoriamente peor entre las clases bajas (es decir, entre las personas que realizan o viven en familias cuyo cabeza de familia realiza actividades laborales manuales o cualquier tipo de actividad laboral no cualificada). De hecho, en la medida en que la mejora ha sido más clara entre las clases favorecidas, la distancia que les separaba de las clases desfavorecidas era en el 2002 mayor que en 1994 (quince puntos en 2002, doce en 1994).

Las mujeres expresaron un peor estado de salud, más acusado entre las mujeres de clase baja que en el caso de los hombres. También en lo que se refiere a la prevalencia de trastornos crónicos –que crecieron en general entre 1994 y 2002– las diferencias de clase se ampliaron. Y en el mismo sentido, la proporción de personas que declararon sufrir problemas de salud mental es mayor (en un 30%) entre las clases desfavorecidas que entre las más opulentas. En cuanto a la mortalidad, los datos del estudio, que se limitan en este caso a la ciudad de Barcelona, indican por ejemplo que la mortalidad masculina por cáncer de pulmón entre las personas sin estudios duplica la de los titulados universitarios. La mortalidad masculina por lesiones (derivada de accidentes y sobredosis relacionadas con el consumo de drogas) parece por el contrario haber ido perdiendo con los años su

carácter de clase, en la medida en que las tasas de los diversos grupos (clasificado en función de sus estudios) se han ido acercando.

También son notorias las diferencias de clase en cuanto a estilos de vida y en cuanto al acceso a los servicios sanitarios. El estudio indica, por ejemplo, que los hombres de las clases desfavorecidas siguen fumando más que los de las clases favorecidas, aunque en todos los grupos el consumo masculino se haya reducido. Los datos ponen también de manifiesto que, entre los hombres parece estar estableciéndose una clara división de clase en lo que se refiere a la práctica de actividades deportivas en el tiempo de ocio. A medida que se avanza en la escala social, se reduce el porcentaje de hombres que dicen no realizar ningún tipo de actividad física.

Las desigualdades de género y de clase también determinan un menor acceso a los servicios de salud, independiente incluso del grado de necesidad: así, mientras entre las mujeres con buena salud la asistencia al médico es similar en todos los grupos sociales (en torno al 15% en la última quincena analizada), entre las que tienen mala salud, las mujeres trabajadoras acuden al médico con mucha menor frecuencia que las demás.

La relevancia del estudio, cabe resumir, fue la ausencia de grandes novedades. Es decir, las desigualdades sociales en materia de salud se seguían existiendo en Cataluña y, en algunos aspectos, se incrementaron. A la hora de proponer las medidas necesarias para corregir esta situación, los autores reclamaron que el Gobierno de la Generalitat y el resto de las instituciones adoptasen, como prioridad en su agenda política, el objetivo de reducir las desigualdades en salud.

2.3 Un análisis de las desigualdades de la salud en Andalucía.

A partir de la década de 1970, numerosas investigaciones empezaron a poner de manifiesto que las clases sociales menos favorecidas presentaban, de media, peor salud y muerte más temprana que los sectores sociales más pudientes. A las desigualdades de salud existentes entre clases, hay que sumar las que se dan entre mujeres y hombres. A. Bacigalupe y U. Martín Roncero (2007) publicaron un libro, donde analizan precisamente

la influencia que estas dos variables tienen en la salud de los residentes en el País Vasco. En síntesis, este estudio es un análisis de las estadísticas contenidas en la Encuesta de Salud de la CAV (ESCAV) de 2002 (que utilizan como fuente principal) y otros estudios cuantitativos del ámbito de la salud también referidos a Euskadi.

Para medir el concepto de salud utilizaron la siguiente lista de indicadores: autovaloración de la salud, calidad de vida asociada con la salud (que, a su vez, agrupa ocho indicadores), problemas crónicos, limitación crónica de la actividad, limitación temporal de la actividad, apoyo afectivo y confidencial, estilos de vida (cuatro indicadores) y consejo médico preventivo. Como variables independientes (explicativas) se utilizan la clase social, el nivel de estudios y el lugar de nacimiento.

Por lo que se refiere a la morbilidad, Bacigalupe y Martín Roncero muestran que la clase social y el nivel de estudios determinan de manera clara la salud en la comunidad del País Vasco. Así, las personas que pertenecen a clases sociales menos favorecidas y que cuentan con menor nivel académico presentan, en proporción, peor salud percibida, peor calidad de vida asociada con la salud, mayores problemas crónicos y mayor incapacidad permanente por problemas de salud. De la misma forma, a medida que se asciende en la escala social, desciende la probabilidad de beber en exceso, llevar una vida sedentaria, padecer obesidad y, en el caso de los hombres, fumar. El estudio de la población según su lugar de residencia, por su parte, pone de manifiesto que las personas mayores de 45 años nacidas fuera de Euskadi gozan de peor salud que las de origen autóctono, al margen de clases sociales. Si lo que se analiza es la mortalidad, se comprueba que las defunciones atribuibles a las desigualdades socioeconómicas pueden llegar al 17%. Finalmente, el estudio de la salud de las personas más jóvenes (hasta los 34 años) viene a confirmar que las desigualdades sociales en salud se heredan de una generación a la siguiente.

2.4 Un análisis de las desigualdades de la salud en Andalucía.

Después de Cataluña y el País Vasco, Andalucía es la tercera comunidad autónoma que elabora un informe sobre desigualdades y salud. El estudio ha sido impulsado y coordinado por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía y ha

contado con la colaboración de 23 investigadores que desarrollan su actividad en ese lugar.

El informe, publicado en el 2008, dedica dos capítulos a la reflexión teórica sobre aspectos conceptuales relacionados con los determinantes de la salud y las desigualdades, tanto en términos generales (capítulo 2) como respecto al sistema sanitario público de Andalucía (capítulo 9). El grueso del libro analiza, desde un enfoque más cuantitativo, los indicadores de la desigualdad relacionados con la esperanza de vida, la mortalidad, la posición socioeconómica, el trabajo, el medio ambiente, el género y el uso de los servicios sanitarios. El estudio concluye con 34 recomendaciones referidas al compromiso político, los sistemas de información, el sistema sanitario, el trabajo, el medioambiente y los estilos de vida, las investigaciones de las desigualdades, y las políticas económicas y sanitarias del Gobierno central.

El estudio aporta muchos datos sobre la relación entre salud precaria y desigualdades y exclusión social. Los autores afirman que las desigualdades socioeconómicas entre España y Andalucía, y también en el interior de Andalucía, no se han reducido sustancialmente en los últimos 30 años. Así, en 2005 uno de cada tres hogares andaluces estaba por debajo del umbral de la pobreza, frente a uno de cada cinco a escala estatal, lo cual tiene consecuencias en la salud: la esperanza de vida en Andalucía es menor, la tasa de prevalencia de discapacidades en la población mayor de 65 años es superior y, por último, las mujeres andaluzas perciben su salud y su calidad de vida más negativamente que la media estatal.

3 Justificación y Metodología.

3.1. Justificación.

Se propone aquí el objetivo general de conocer cómo están afectando las diferencias económicas en la salud de las personas. Este es un fin general y de difícil consecución, pero se plantea trabajar en esa dirección. Cualquier dato que aporte información, será siempre insuficiente, pero nos dirá algo sobre una realidad existente.

Para esta tarea se ha procedido a analizar datos disponibles en Internet. Con este trabajo se pretende, no tanto hacer un análisis profundo de ellos, si no buscar los necesarios para mostrar una realidad social. Por tanto, más que el tratamiento de éstos, la labor ha consistido en la búsqueda en internet de éstos y su evaluación como adecuados para los propósitos del estudio.

3.2 Criterios mínimos de calidad de los datos.

Los datos seleccionados cumplen con una serie de requisitos mínimos para permitir su correcto tratamiento. Se presenta, en todos los estudios escogidos, una descripción mínima sobre el proceso de obtención de datos que incluye procedimientos de muestreo, tamaño de la muestra, error de muestreo permitido, universo, fecha del trabajo de campo y ámbito geográfico. Las fichas técnicas de los estudios escogidos pueden consultarse en los siguientes enlaces:

- Sobre la Encuesta Europea de Salud 2009:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>
- Sobre el Barómetro Sanitario del CIS (estudio nº 2916):
http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2900_2919/2916/Ft2916.pdf
- Sobre el Oncobarómetro (estudio nº 2848):
http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2840_2859/2848/Ft2848.pdf
- Sobre las Series Temporales no se hace pública la forma de construir éstas; pero se muestra que están construidas a partir de las preguntas existentes en varios estudios, y pueden consultarse dichos estudios.

Otro de los criterios que se buscaban y se cumplen, son los que permitan la inferencia a la población estudiada, ya que el tema que se estudia es general. Además, si cumplían los requisitos de poder ser inferibles, podrían compararse diferentes estudios, y así es como se ha procedido.

3.3 Limitaciones; dificultades.

La primera dificultad a destacar, es que en un primer momento se contaba con utilizar también el archivo de microdatos de La Encuesta Nacional de Salud del INE, para hacer cruces entre las variables. Pero esta tarea no se pudo llevar a cabo dada las dificultades de abrir el archivo en condiciones para ser tratada fácilmente por un paquete estadístico como el SPSS o Excel. A pesar de que el INE es un centro de producción de datos para uso público, no se ofrecen de una manera cómoda y accesible a los ciudadanos (no así los datos de cada pregunta, o los cruces entre las principales variables).

De forma parecida, la página del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad ofrece una aplicación interactiva para consultar buena parte de sus datos y hacer operaciones sencillas (como por ejemplo gráficos o cruces). Las veces que se intentó entrar en esta aplicación, no funcionaba (se probó desde tres ordenadores diferentes). Se accede a la aplicación a través del siguiente enlace: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/>

En la exploración de datos disponibles en Internet, se han presentado una serie de situaciones que se interponen casi de manera inevitable a la hora de buscar datos. Una de esas situaciones es la de la dispersión existente de éstos. Existen numerosos centros de investigación y registros relacionados con cuestiones de Sanidad y Salud. Cada uno, con una metodología diferente. Si bien tal dispersión de datos es debido a que existe una gran oferta de éstos (con lo cual significa también que es una ventaja), también se traduce muchas veces en una variedad de resultados, a veces aparentemente incoherentes (hay que estudiar bien las características de cada estudio para ver cómo está hecho). Para un organismo que debe tomar decisiones importantes, como las diferentes instituciones dentro del “Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad”, basarse en estos datos puede suponer muchas veces un obstáculo. Prueba de ello, son las numerosas propuestas de homogeneización y estandarización de recogida de la información relacionada con la sanidad y la salud (costes hospitalarios, número de personas con tarjetas sanitarias dentro de cada comunidad, costes de medicamentos, registros de enfermedades, registros de defunciones etc...), y de la centralización de ésta información.

Otra de las limitaciones del proceso de explotación de datos secundarios, ha sido que algunos indicadores, al venir ya contruidos, no se adaptan completamente al estudio para el que es utilizado en esta ocasión.

3.4 Indicadores.

Existe una considerable cantidad de datos disponibles en internet, relacionados con la salud de las personas. Tratan sobre temas tan variados como la opinión de las personas sobre los servicios que reciben por parte del Sistema Nacional de Salud, la percepción propia de la salud de las personas, los costes hospitalarios, costes desglosados del Sistema Nacional de Salud, también sobre listas de espera, o sobre registros de enfermedades de declaración obligatoria(transmisibles), entre muchos otros temas. Todos ellos, o la gran mayoría de ellos, pueden resultar útiles de algún modo para el tema general de este estudio, es decir, las desigualdades económicas y su relación con la salud, y más concretamente, las desigualdades económicas y su relación con el acceso a servicios sanitarios. En este mismo sentido, para valorar los estados de la salud de una sociedad existen numerosos indicadores; en la mayoría de los estudios se incluyen indicadores relacionados con el estilo de vida (si hace ejercicio físico, si se alimenta bien, si fuma, si bebe, si se hace todas las revisiones médicas convenientes, etc...). Sin embargo, debido a la necesidad de acotar temario por ser un trabajo de curso, se ha optado por analizar los datos de algunas de las características más evidentes del estado de la salud, del mismo modo que para medir la situación económica. Los indicadores seleccionados se que se listan a continuación.

Se han escogido los siguientes indicadores para medir la situación económica de los sujetos:

- Nivel de Ingresos (estudio nº 2916 del CIS; Encuesta Europea de Salud 09)
- Condición socioeconómica (estudios nº 2916, y nº 2848 del CIS)
- Ocupación del entrevistado (estudios nº 2916, y nº 2848 del CIS)
- Estatus (estudios nº 2916, y nº 2848 del CIS)
- Actividad laboral (estudios nº 2916, y nº 2848 del CIS)

Se han consultado en alguna ocasión:

- Edad (estudio nº 2848 del CIS)
- Nivel de estudios (estudio nº 2848 del CIS)

Para analizar el estado de la salud, se han seleccionado:

- Valoración de la salud (estudios nº 2916, y nº 2848 del CIS; Encuesta Europea de Salud 09)
- Valoración trato recibido (estudios nº 2916, y nº 2848 del CIS)
- Si ha recibido o no consejos por parte del personal sanitario (estudio nº 2848 del CIS)
- Tenencia de alguna enfermedad o trastorno crónico (estudio nº 2848 del CIS)

Por último, advertir al lector que los comentarios de las tablas se observan en todos los casos los porcentajes de la variable situada con la columna (suma en vertical). Ubicaremos en las filas la variable cuyo comportamiento pretendemos analizar en función de la variable situada en las columnas); Esto es así para tratar de ver las posibles tendencias de las variables (características sociales), sin tener en cuenta el número de casos absolutos. No obstante se dejan a la vista estos recuentos absolutos y los porcentajes sobre el total, y sobre la suma en horizontal, por posible interés del lector. En algunas ocasiones es interesante conocer este recuento ya que el número es muy pequeño y se construyen porcentajes que podrían conducir a cierta confusión.

4 Análisis y desarrollo.

Se muestran a continuación una serie de cruces de variables. Para ello se han seleccionado tres estudios: Oncobarómetro (estudio nº 2848), Barómetro Sanitario (estudio nº 2916), y la Encuesta Europea de Salud 09. Las variables que se cruzan se han señalado anteriormente.

4.1 P44-P42 (valoración salud-nivel de ingresos). 2916

Veamos, utilizando los datos del último *Barómetro Sanitario* publicado del CIS (estudio nº 2916), una tabla de contingencia con las variables “*Valoración del estado de salud*” (P44) y “*Nivel de ingresos del entrevistado*” (P42). Ante la pregunta “¿Cómo describiría Ud. Su estado de salud en general: muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?” la respuesta más escogida ha sido “*Bueno*”, independientemente del nivel de ingresos. Esto no sugiere que el nivel de ingresos influya sobre el estado de la salud percibido. Sin embargo, en el resto de opciones de respuesta sí se observan variaciones relevantes en sus frecuencias según el nivel de ingresos. La segunda respuesta expresada más frecuentemente cuando el nivel de ingresos es superior a 1801€ es “*Muy bueno*”, mientras que cuando el nivel de ingresos es inferior a 1800€, la segunda opción más expresada es “*Regular*”. Además se observa que, a medida que va disminuyendo el nivel de ingresos, van apareciendo casos que contestan la opción “*Malo*”; y a medida que éstos siguen disminuyendo, también la opción “*Muy malo*”. Visto de un modo más esquemático, las contestaciones más frecuentes según el nivel de ingresos se expresan en la siguiente tabla:

Nivel de Ingresos	1ª Respuesta	2ª Respuesta	3ª Respuesta	4ª Respuesta	5ª Respuesta
Más de 6000€	Bueno	Muy bueno	x	x	x
De 4501€ a 6000€	Bueno	Muy bueno y Regular	Muy bueno y Regular	x	x
De 3001€ a 4500€	Bueno	Muy bueno	Regular	Malo	x
De 2401€ a 3000€	Bueno	Muy bueno	Regular	Malo	x
De 1801€ a 2400€	Bueno	Muy bueno	Regular	Malo	x
De 1201€ a 1800€	Bueno	Regular	Muy bueno	Malo	Muy malo
De 901€ a 1200€	Bueno	Regular	Muy bueno	Malo	Muy malo
De 601€ a 900€	Bueno	Regular	Muy bueno	Malo	Muy malo
De 301€ a 600€	Bueno	Regular	Muy bueno	Malo	Muy malo
300€ o menos	Bueno	Regular	Muy bueno	Malo	x

Tabla 1.

Dicho de otro modo, y visto de otro modo con la tabla “**P44-P42 (2916).xls**”, se observa que en los peores estados de salud, existen más personas con menos ingresos; y a medida que éstos van aumentando, se van redistribuyendo los casos hacia estados de salud mejores.

suma en vertical												
		Ingresos de hogar familiar										
		Menos o igual de 300 euros	De 301 a 600 euros	De 601 a 900 euros	De 901 a 1.200 euros	De 1.201 a 1.800 euros	De 1.801 a 2.400 euros	De 2.401 a 3.000 euros	De 3.001 a 4.500 euros	De 4.501 a 6.000 euros	Más de 6.000 euros	N.C.
Valoración de su salud	Muy bueno	7,4%	17,6%	11,0%	14,4%	16,9%	23,0%	22,8%	19,5%	14,8%	33,3%	16,0%
	Bueno	51,9%	36,8%	50,0%	59,0%	59,9%	52,9%	65,3%	66,2%	70,4%	66,7%	60,9%
	Regular	37,0%	33,2%	31,7%	21,7%	19,1%	20,9%	10,9%	10,4%	14,8%	0,0%	19,0%
	Malo	3,7%	8,3%	5,1%	4,3%	3,1%	3,3%	1,0%	3,9%	0,0%	0,0%	2,6%
	Muy malo	0,0%	3,6%	1,1%	0,2%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%
	N.S.	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Del mismo modo, en la tabla donde la suma de los porcentajes se lee en relación a las categorías de la P44 (valoración de la salud), se observa que los buenos estados de salud se distribuyen más entre los casos que han declarado tener más ingresos, mientras que los peores estados de salud se van distribuyendo entre los que tiene menos ingresos. Seguimos en la misma tabla **“P44-P42 (2916).xls”**, pero en la que presenta la suma en horizontal.

suma en horizontal													
		Ingresos de hogar familiar											Total
		Menos o igual de 300 euros	De 301 a 600 euros	De 601 a 900 euros	De 901 a 1.200 euros	De 1.201 a 1.800 euros	De 1.801 a 2.400 euros	De 2.401 a 3.000 euros	De 3.001 a 4.500 euros	De 4.501 a 6.000 euros	Más de 6.000 euros	N.C.	
Valoración de sus salud	Muybueno	0,5%	8,1%	9,2%	14,9%	16,8%	13,3%	5,5%	3,6%	0,9%	0,5%	26,8%	100,0%
	Bueno	1,0%	4,8%	12,1%	17,6%	17,1%	8,8%	4,5%	3,5%	1,3%	0,3%	29,2%	100,0%
	Regular	1,8%	11,2%	19,8%	16,7%	14,0%	8,9%	1,9%	1,4%	0,7%	0,0%	23,5%	100,0%
	Malo	1,0%	16,5%	18,6%	19,6%	13,4%	8,2%	1,0%	3,1%	0,0%	0,0%	18,6%	100,0%
	Muy malo	0,0%	36,8%	21,1%	5,3%	10,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	26,3%	100,0%
	N.S.	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	N.C.	0,0%	8,3%	16,7%	8,3%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
Total		1,0%	7,4%	13,7%	16,9%	16,2%	9,4%	3,9%	3,0%	1,0%	0,2%	27,2%	100,0%

Parece ser que existe cierta correlación entre estas dos variables. Pero que exista esta correlación no significa que una explique a la otra, o que la salud dependa del nivel de ingresos. Podría ser por ejemplo, que los que tienen menos ingresos simplemente se quejan más, o los que tienen más ingresos, ocultan su opinión sobre su estado de salud. Recordemos que la pregunta P44 es la valoración de su estado de salud, pero no un diagnóstico elaborado por médicos (que en principio serían más objetivos). Esta correlación es un punto de partida para trabajar en la hipótesis de que el nivel de ingresos determina parte del estado de salud de la persona, pero hay que seguir observando muchos datos.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que en la pregunta P42 hay un 27% de casos que respondieron *“N.C.”*, por lo que estamos ignorando una parte importante de información sobre el nivel de ingresos (y por lo tanto, también de su relación con el estado de salud). A pesar de ello, no deja de resultar curioso que la distribución de respuestas en la P44, de los que han contestado *“N.C.”* en la P42, es similar a los que tienen menos ingresos. Tal y como se observa en las tabla **“P44-P42 (2916).xlsx”** con los porcentajes en vertical, después de *“Bueno”* la respuesta más contestada es *“Regular”*, seguida de *“Muy bueno”*, y con algunos casos en *“Malo”*, y *“Muy malo”*. Podría ser interesante ver cómo contestan en las diferentes preguntas donde el nivel de ingresos es importante, y

comprobar si el “N.C” también se comportan como los que han declarado tener ingresos más bajos.

4.2 Valoración de la salud-Nivel de ingresos (de la Encuesta Europea de Salud).

Se han buscado datos de estudios metodológica y temáticamente similares (en la medida de lo posible) para permitir cierta comparabilidad y así ver si son coherentes entre sí; esto nos servirá como indicador de cierta calidad de los datos existentes.

En el año 2009 se ha llevado a cabo en España la primera edición de la Encuesta Europea de Salud (EES09). Este estudio, que se realiza en 18 países de la UE a través de un cuestionario común, pretende obtener información comparable sobre el estado de salud, el uso de los servicios sanitarios y los determinantes de salud individuales y ambientales de la población de 16 y más años. Como hemos puede verse en las fichas técnicas remitidas más arriba, la metodología es similar, lo que permite cierta comparabilidad con los datos del CIS (aunque los indicadores no sean los mismos, deberían de mostrar tendencias parecidas).

Veamos la tabla 1.8 que ofrece el INE (en el documento “**Resultados-EES09.xls**”), y fijémonos en la sección donde aparecen agrupados los dos sexos.

	TOTAL	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO
AMBOS SEXOS						
TOTAL	100,0	20,2	53,8	18,5	5,5	2,0
MENOS DE 850 EUROS	100,0	12,1	41,9	29,8	11,3	4,9
DE 850 A MENOS DE 1.400 EUROS	100,0	16,3	51,1	22,9	7,5	2,2
DE 1.400 A MENOS DE 2.000 EUROS	100,0	19,8	57,3	16,5	4,6	1,9
DE 2.000 A MENOS DE 2.900 EUROS	100,0	23,4	59,6	13,1	2,8	1,1
DE 2.900 EUROS EN ADELANTE	100,0	27,2	58,6	11,5	2,1	0,7
NO CONSTA	100,0	23,2	53,0	17,5	4,8	1,4

Los resultados de la pregunta HS1, “¿Cómo describiría su estado de salud en general?”, cruzados con el nivel de ingresos (IN3) son muy similares a los datos arrojados por el estudio del CIS. La pregunta sobre la valoración del estado de la salud ofrece las mismas categorías de respuesta que las de la pregunta análoga del CIS (“Muy Bueno”, “Bueno”, “Regular”, “Malo” y “Muy Malo”); la pregunta sobre el nivel de ingresos (IN.3) sin embargo, no se presenta con los mismos intervalos de euros. A pesar de esto, como vemos en los resultados, estos estudios son fácilmente comparables y además son muy similares. Los

porcentajes están distribuidos según las categorías de repuesta de la pregunta sobre el nivel de ingresos; esto nos permite comparar estas categorías sin tener en cuenta la cantidad de casos que las conforman.

Se aprecia que el estado de salud “*Muy bueno*” va aumentando de frecuencia a medida que va aumentando el nivel de ingresos; y viceversa, a medida que va disminuyendo el nivel de ingresos los casos se van situando en los estados de salud menos de valoración más pesimista. Efectivamente, los datos de la EES09 indican realidades coherentes con los del CIS, que estamos examinando..

Vemos, que el orden de respuestas más expresadas presenta ciertas similitudes a los datos anteriores:

Nivel de Ingresos	1º Respuesta	2º Respuesta	3º Respuesta	4º Respuesta	5º Respuesta
TOTAL	Bueno	Muy Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
DE 2.900 EUROS EN ADELANTE €	Bueno	Muy Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
DE 2.000 A MENOS DE 2.900 €	Bueno	Muy Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
DE 1.400 A MENOS DE 2.000 €	Bueno	Muy Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
DE 850 A MENOS DE 1.400 €	Bueno	Regular	Muy Bueno	Malo	Muy Malo
MENOS DE 850 €	Bueno	Regular	Muy Bueno	Malo	Muy Malo
NO CONSTA	Bueno	Muy Bueno	Regular	Malo	Muy Malo

Se observa que la respuesta más expresada independientemente del nivel de ingresos es que perciben su estado de la salud como “*Bueno*”. Las diferencias vienen, del mismo modo que el estudio del CIS, con las segundas y terceras contestaciones más frecuentes. A partir de 1400€ en descenso, la segunda opción más contestada es “*Regular*”, frente al “*Muy Bueno*” de los que tienen más ingresos.

La EES09 ofrece pocas variables socioeconómicas con las que trabajar. El nivel de estudios se utiliza en la EES09 como aproximación a la clase social. Además, La EES09 no recoge la ocupación con suficiente detalle para clasificar por clase social ocupacional. Sí registra no obstante, el “nivel de ingresos” (como ya hemos visto) y la “actividad económica”. En los resultados publicados se muestran cruces donde se especifican enfermedades crónicas o de larga duración con la actividad económica. Pero este cruce no se utilizará debido a que en la mayoría de los casos, el porcentaje más alto de la enfermedad por la que se pregunta, coincide con la situación económica “*Incapacitado para trabajar*”, probablemente provocada por la misma enfermedad. En este estudio nos centramos en conocer cómo las desigualdades económicas pueden afectar a la salud, no cómo la salud puede afectar a las desigualdades económicas. El segundo grupo que

presenta las frecuencias más altas es el de “*Jubilado/a, pensionista*”, que teniendo en cuenta la edad de las personas que forma este grupo, es esperable que presenten problemas de salud más abundantes. El resto de los datos es relativamente homogéneo, de modo que o bien la actividad económica no afecta al estado de salud, o bien las categorías agrupadas en la actividad son demasiado generales. Puede consultarse en la hoja 1.6 del archivo Excel.

4.3 P44- CONDICION (valoración de la salud y condición socioeconómica). 2916

Habíamos notado anteriormente, analizando los datos del estudio 2916 del CIS, que hay un elevado número de ‘N.C’ en la pregunta P42, ya que la gente es reticente a confesar sus ingresos. Debido a este motivo, sumado a la necesidad de seguir comprobando datos diversos, se prueba con variables similares.

Si cruzamos las variables “*valoración de la salud percibida*” (P44) con “*Condición socioeconómica*”, del estudio 2916 del CIS, obtenemos una tabla como la del archivo adjunto “**P44-CONDICION (2916).xls**”. Observemos la tabla donde los porcentajes se suman en vertical

		Condición socioeconómica												Total
		Directores y profesionales	Técnicos y cuadros medios	Pequeños empresarios	Agricultores	Empleados de oficinas y servicios	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	Jubilados y pensionistas	Parados	Estudiantes	Trabajo doméstico no remunerado	No clasificables	
Percepción de la salud	Muy bueno	21,6%	23,8%	19,3%	22,2%	17,6%	20,2%	21,8%	6,9%	15,2%	41,2%	9,5%	13,0%	16,3%
	Bueno	67,0%	63,6%	56,6%	61,1%	60,6%	67,3%	58,7%	44,5%	63,6%	53,4%	47,9%	71,7%	56,7%
	Regular	10,2%	9,8%	18,1%	16,7%	17,6%	10,7%	18,8%	37,6%	18,9%	5,3%	31,3%	15,2%	21,9%
	Malo	1,1%	1,9%	1,2%	0,0%	1,6%	1,8%	0,7%	8,5%	1,9%	0,0%	9,2%	0,0%	3,8%
	Muy malo	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	1,8%	0,4%	0,0%	1,8%	0,0%	0,8%
	N.S.	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
	N.C.	0,0%	0,9%	1,2%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Veremos que no nos aporta datos que afirmen la idea de que existe una relación entre el nivel de ingresos y la salud percibida, ya que los casos están distribuidos bastante homogéneamente. Quizá muchas de estas categorías sean demasiado generales como para poder decir algo sobre la salud. La variable “*Condición socioeconómica*” clasifica a los casos según las siguientes categorías: ‘*Directores y profesionales*’, ‘*Técnicos y cuadro medios*’, ‘*Pequeños empresarios*’, ‘*Agricultores*’, ‘*Empleados de oficinas y servicios*’, ‘*Obreros*

'cualificados', 'Obreros no cualificados', 'Jubilados y pensionistas', 'Parados', 'Estudiantes', 'Trabajo doméstico no remunerado' y 'No clasificables'.

Si bien esta clasificación distribuye los datos de forma relativamente homogénea, podemos resaltar que los casos que más contestan la opción “Regular” e incluso “Malo” son los “Jubilados y pensionistas” y los “Trabajo doméstico no remunerado”. No es de extrañar además, que los que contestan más frecuentemente la opción “Muy bueno” en la pregunta P44 sea los “Estudiantes”. Pero como vemos los datos están distribuidos de forma relativamente homogénea entre los grupos, debido precisamente a la agregación con la recodificación. Así, no nos aporta información de utilidad sobre la relación entre el estado económico y la salud. Probemos con otra variable donde se especifiquen más la ocupaciones, ésta es “Ocupación del entrevistado” (OCUPA).

4.4 P1- CONDICIÓN (valoración de la salud-condición). 2848

Como se ha mencionado anteriormente, se han utilizado los datos de otro estudio del CIS, el 2848, para poder comparar los resultados. El cruce de las mismas “P1-condición (2848).xls” variables muestra la misma distribución homogénea de los datos. Es más, puestos a comparar estudios distintos para valorar la calidad los datos producidos y ver si se obtienen los mismo resultados, cabe destacar que repiten los mismos grupos que más han contestado “Regular” en la “Valoración del estado de la salud” (“Jubilados y pensionistas”, y los que se clasifican en “Trabajo doméstico no remunerado”) y “Muy bueno” (“Estudiantes”).

Suma en vertical		Condición socioeconómica												Total
		Directores y profesionales	Técnicos y cuadros medios	Pequeños empresarios	Agricultores	Empleados de oficinas y servicios	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	Jubilados y pensionistas	Parados	Estudiantes	Trabajo doméstico no remunerado	No clasificables	
Estado de salud	Muybueno	17,4%	19,0%	15,5%	12,5%	16,5%	14,5%	12,2%	5,9%	13,7%	27,8%	8,6%	17,3%	12,9%
	Bueno	62,3%	65,5%	58,4%	60,9%	65,5%	65,1%	63,4%	39,1%	58,2%	62,9%	47,1%	60,6%	55,5%
	Regular	16,5%	12,0%	22,7%	25,0%	15,1%	15,7%	20,7%	37,7%	22,4%	8,3%	34,0%	16,5%	24,0%
	Malo	2,5%	2,5%	2,8%	1,6%	1,6%	4,2%	2,5%	13,5%	4,5%	1,0%	7,1%	3,1%	5,8%
	Muy malo	0,3%	0,4%	0,3%	0,0%	0,7%	0,3%	0,8%	3,2%	1,0%	0,0%	2,9%	2,4%	1,4%
	N.S.	0,0%	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
	N.C.	0,9%	0,3%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,4%	0,3%	0,2%	0,0%	0,4%	0,0%	0,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.5 P44- ocupa (valoración salud-ocupación). 2916

Algo similar ocurre si se cruza la variable P44 con “OCUPA”; los datos, que se pueden ver en el archivo adjunto “**P44-ocupa (2916).xlsx**” muestran que no hay grandes diferencias en la percepción de la salud entre las diferentes ocupaciones (salvo quizá las fuerzas armadas). Debe advertirse que la variable “OCUPACIÓN” es una recodificación de las diferentes ocupaciones clasificadas según la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO), obtenidas a partir de la pregunta abierta P49 “¿Y cuál es/era su actual/última ocupación u oficio? Es decir, ¿en qué consistía específicamente su trabajo?”. Los cientos de ocupaciones posibles se ofrecen recodificadas en las siguientes categorías: 'Dirección de empresas y administraciones públicas', 'Técnicos y profesionales científicos e intelectuales', 'Técnicos y profesionales de apoyo', 'Empleados de tipo administrativo', 'Trabajadores de servicios de restauración y personales', 'Trabajadores cualificados de agricultura y pesca', 'Artesanos y trabajadores cualificados de la industria', 'Operadores de maquinaria y montadores', 'Trabajadores no cualificados', 'Fuerzas armadas' y 'N.C.'.

O bien habría que concretar más las diferentes actividades y ocupaciones para ver cuáles de ellas afectan más, o bien se seguiría manteniendo la hipótesis de que, no es tanto el tipo de actividad u ocupación que desarrolla el entrevistado, como el nivel de ingresos lo que determina más la salud.

Porcentaje según la Ocupación del entrevistado (suma en vertical)

		Ocupación del entrevistado											Total
		Dirección de empresas y administraciones públicas	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	Técnicos y profesionales de apoyo	Empleados de tipo administrativo	Trabajadores de servicios de restauración y personales	Trabajadores cualificados de agricultura y pesca	Artesanos y trabajadores cualificados de la industria	Operadores de maquinaria y montadores	Trabajadores no cualificados	Fuerzas armadas	N.C.	
Percepción de la salud	Muy bueno	19,4%	23,8%	15,0%	12,9%	22,0%	8,1%	16,1%	11,8%	14,2%	23,1%	7,1%	16,3%
	Bueno	52,9%	63,8%	65,4%	68,8%	54,6%	51,6%	53,5%	57,5%	50,0%	38,5%	71,4%	56,7%
	Regular	22,4%	11,7%	15,3%	17,2%	19,1%	31,2%	24,4%	24,4%	29,2%	38,5%	19,0%	22,0%
	Malo	4,7%	0,8%	2,8%	1,1%	2,4%	7,0%	5,1%	4,9%	4,7%	0,0%	2,4%	3,8%
	Muy malo	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	1,4%	1,6%	0,4%	0,7%	1,4%	0,0%	0,0%	0,8%
	N.S.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,1%
	N.C.	0,6%	0,0%	0,9%	0,0%	0,5%	0,5%	0,4%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.6 P44-ESTATUS (Valoración de la salud ESTATUS). 2916

Sigamos comprobando qué nos dicen otras variables socioeconómicas similares. Siguiendo con los datos del mismo estudio del CIS (2916), hagamos un cruce entre la “Valoración de la salud” (P44) y la variable “Estatus socioeconómico” (ESTATUS). El resultado aparece en la tabla “P44-Estatus (2916).xls”:

		Estatus socioeconómico					Total
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	
Percepción de la salud	Muy bueno	24,5%	15,2%	14,0%	16,5%	14,2%	16,6%
	Bueno	61,3%	60,4%	53,5%	54,9%	50,8%	56,2%
	Regular	11,8%	20,1%	25,5%	23,4%	28,2%	22,1%
	Malo	2,5%	2,2%	5,3%	4,4%	4,8%	3,8%
	Muy malo	0,0%	1,1%	1,2%	0,5%	1,3%	0,8%
	N.S.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,1%
	N.C.	0,0%	0,9%	0,5%	0,4%	0,0%	0,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La primera opción más contestada en la pregunta “¿Cómo describiría Ud. Su estado de salud en general: muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?”, también es “Bueno”, independientemente de la clase social. Vemos que, del mismo modo que en cruces anteriores, las diferencias de clase vienen a partir de las segundas respuestas más contestadas. La opción “Muy bueno” es la segunda más contestada para las “clases altas/medias- altas”. Para el resto de clases, es decir, “Nuevas clases medias”, “viejas clases medias”, “Obreros cualificados”, “Obreros no cualificados”, la segunda respuesta más contestada es “Regular”. La opción “Malo” tiene sus frecuencias más altas en las clases “Viejas clases medias”, “Obreros cualificados” y “Obreros no cualificados”.

En esta ocasión sí volvemos observar cierta tendencia entre estas dos variables: cuanto más baja es la clase social, más parecen distribuirse los datos hacia las categorías más negativas de la valoración de la salud. Sería interesante conocer con qué información está construida esta variable “ESTATUS” (recodificada a partir de los datos ya recogidos); así podríamos acercarnos a los indicadores directos que muestren una determinación de la salud de las personas.

4.7 P23- Estatus (Enfermedad-Estatus). 2848.

En estas tablas “**P23-Estatus (2848).xls**” aparece la relación entre la variable ESTATUS y las cuatro enfermedades más frecuentes expresadas en la pregunta P23, donde se le consulta al entrevistado si tiene o ha tenido alguna enfermedad o trastorno de los que aparecen en una lista en el cuestionario. Las cuatro enfermedades más frecuentes son: “*Enfermedades cardiovasculares*” (7%), “*Enfermedades del aparato respiratorio*” (7,2%), “*Enfermedades del aparato digestivo*” (7,4%) y “*Enfermedades del sistema locomotor o reumatológicas*” (7,9%). Pueden consultarse en “**Frecuencias Enfermedades P23 2848).xlsx**”. El valor “1”, es la tenencia de la enfermedad (en el momento de la entrevista, o en algún momento de la vida).

Tabla de contingencia Enfermedades cardiovasculares * Estatus socioeconómico								
		Estatus socioeconómico					Total	
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados		
Enfermedades cardiovasculares	0	Recuento	774	941	598	1377	621	4311
		% dentro de Estatus socioeconómico	89,90%	88,94%	81,47%	84,48%	85,54%	86,07%
		% del total	15,45%	18,79%	11,94%	27,49%	12,40%	86,07%
	1	Recuento	87	117	136	253	105	698
		% dentro de Estatus socioeconómico	10,10%	11,06%	18,53%	15,52%	14,46%	13,93%
		% del total	1,74%	2,34%	2,72%	5,05%	2,10%	13,93%
Total		Recuento	861	1058	734	1630	726	5009
		% dentro de Estatus socioeconómico	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
		% del total	17,19%	21,12%	14,65%	32,54%	14,49%	100,00%

Tabla de contingencia Enfermedades del aparato respiratorio * Estatus socioeconómico								
		Estatus socioeconómico					Total	
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados		
Enfermedades del aparato respiratorio	0	Recuento	774	941	598	1377	621	4311
		% dentro de Estatus socioeconómico	86,58%	87,21%	83,75%	84,79%	86,49%	85,72%
		% del total	15,39%	18,71%	11,89%	27,38%	12,35%	85,72%
	1	Recuento	120	138	116	247	97	718
		% dentro de Estatus socioeconómico	13,42%	12,79%	16,25%	15,21%	13,51%	14,28%
		% del total	2,39%	2,74%	2,31%	4,91%	1,93%	14,28%
Total	Recuento	894	1079	714	1624	718	5029	
	% dentro de Estatus socioeconómico	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
	% del total	17,78%	21,46%	14,20%	32,29%	14,28%	100,00%	

Tabla de contingencia Enfermedades del aparato digestivo * Estatus socioeconómico								
		Estatus socioeconómico					Total	
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados		
Enfermedades del aparato digestivo	0	Recuento	774	941	598	1377	621	4311
		% dentro de Estatus socioeconómico	87,56%	87,29%	82,26%	85,16%	84,38%	85,50%
		% del total	15,35%	18,66%	11,86%	27,31%	12,32%	85,50%
	1	Recuento	110	137	129	240	115	731
		% dentro de Estatus socioeconómico	12,44%	12,71%	17,74%	14,84%	15,63%	14,50%
		% del total	2,18%	2,72%	2,56%	4,76%	2,28%	14,50%
Total	Recuento	884	1078	727	1617	736	5042	
	% dentro de Estatus socioeconómico	1	1	1	1	1	1	
	% del total	0,17532725	0,21380405	0,14418881	0,32070607	0,14597382	1	

Tabla de contingencia Enfermedades del sistema locomotor o reumatológicas * Estatus socioeconómico								
		Estatus socioeconómico					Total	
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados		
Enfermedades del sistema locomotor o reumatológicas	0	Recuento	774	941	598	1377	621	4311
		% dentro de Estatus socioeconómico	90,42%	87,78%	78,17%	83,61%	81,93%	84,56%
		% del total	15,18%	18,46%	11,73%	27,01%	12,18%	84,56%
	1	Recuento	82	131	167	270	137	787
		% dentro de Estatus socioeconómico	9,58%	12,22%	21,83%	16,39%	18,07%	15,44%
		% del total	1,61%	2,57%	3,28%	5,30%	2,69%	15,44%
Total	Recuento	856	1072	765	1647	758	5098	
	% dentro de Estatus socioeconómico	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
	% del total	16,79%	21,03%	15,01%	32,31%	14,87%	100,00%	

Obsérvese que existe un sutil patrón en la distribución de los casos. En cada una de estas cuatro enfermedades, las “Viejas *clases medias*” son las que presentan una frecuencia más alta de tenencia de la enfermedad. Los colores tendentes hacia el verde se distribuyen más bien hacia las “Nuevas *clases medias*” y “*Clases medias-altas/clases altas*” cuando no se tiene la enfermedad (valor “0” de la pregunta). Los “Obreros *cualificados*” y “Los obreros no *cualificados*” aumentan sus frecuencias en la tenencia de la enfermedad (valor “1” de la pregunta).

Una vez más salta el interés por conocer cómo está construida esta variable “ESTATUS”, para ver con qué indicadores más directos está relacionado. Nótese también que las dos clases sociales menos acomodadas tienen las frecuencias más altas que las dos clases más acomodadas y las “Viejas *clases medias*”. La diferencia de porcentajes no es mucha y podría ser resultado de la casualidad estadística, pero no deja de resultar curioso que ésta sinuosa pauta se repita. Es destacable la diferencia de frecuencias en las “Enfermedades del sistema locomotor y reumatológicas”, donde las “*Clases medias*” muestran un 21,83% de tenencia, los “obreros *cualificados*” y los “Obreros no *cualificados*” un 18,07% y un 16,38% respectivamente, en comparación con las “Nuevas *clases medias*” y

las “Clases altas/media altas”, que presentan unos porcentajes respectivos de tenencia del 12,22% y del 9,58%.

4.8 P1-P43 (Valoración de la salud-Actividad laboral) y P1-P44 (Valoración de la salud-Tipo de actividad).2848

		Actividad laboral								Total
		Asalariado/a fijo/a (a sueldo, comisión, jornal, etc.)	Asalariado/a eventual o interino/a (a sueldo, comisión, jornal)	Empresario/a o profesional con asalariados/as	Profesional o trabajador/a autónomo/a (sin asalariados/as)	Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada)	Miembro de una cooperativa	Otra situación	N.C.	
Valoración de la salud	Muy bueno	12,1%	14,4%	14,7%	12,2%	22,2%	0,0%	16,2%	16,9%	12,9%
	Bueno	56,7%	56,0%	54,6%	51,5%	51,9%	66,7%	37,8%	38,5%	55,5%
	Regular	23,0%	23,4%	23,9%	28,2%	22,2%	25,0%	40,5%	29,2%	24,0%
	Malo	6,2%	4,6%	5,8%	6,2%	3,7%	8,3%	5,4%	9,2%	5,8%
	Muy malo	1,5%	1,3%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	6,2%	1,4%
	N.S.	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
	N.C.	0,3%	0,3%	0,9%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El cruce P1-P43 muestra que la segunda respuesta más expresada es “Regular”, independientemente de la actividad laboral. Los casos están repartidos de forma bastante homogénea (tabla “**P1-P43 (2848).xlsx**”). Algo similar ocurre con el cruce P1-P44, tal y como se muestra en la tabla “**P1-P44 (2848).xlsx**”, sus casos están repartidos de forma homogénea y se reparten mayoritariamente, con independencia del tipo de actividad que desempeñan en el trabajo, en las categorías “Bueno” y “Regular” (consultar archivo adjunto, ya que la tabla es demasiado ancha como para ser incluida en este documento).

Volvemos a ver que, o bien las categorías son demasiado generales (engloban muchas actividades diferentes), o bien realmente el nivel de ingresos sigue siendo determinante en la distribución de los casos de la valoración de la salud.

4.9 P23-P43 (Enfermedad-Actividad laboral). 2848

Ver qué tipo de enfermedades o trastornos pueden ser los más sensibles a determinadas condiciones laborales o económicas, puede ser interesante. Veamos en la siguiente tabla (“**P23-P43 (2848).xlsx**”) los resultados de este cruce:

	Actividad laboral								Total
	Asalariado/a fijo/a (a sueldo, comisión, jornal, etc.)	Asalariado/a eventual o interino/a (a sueldo, comisión, jornal)	Empresario/a o profesional con asalariados/as	Profesional o trabajador/a autónomo/a (sin asalariados/as)	Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada)	Miembro de una cooperativa	Otra situación	N.C.	
Enfermedades cardiovasculares	13,5%	9,5%	11,4%	12,9%	30,8%	11,1%	6,3%	11,8%	12,5%
Enfermedades cancerosas	5,6%	4,2%	4,3%	5,3%	0,0%	11,1%	4,8%	9,8%	5,3%
Enfermedades del aparato respiratorio	12,8%	14,1%	14,1%	11,2%	23,1%	11,1%	11,1%	2,0%	12,8%
Enfermedades del aparato digestivo	12,7%	14,9%	13,7%	12,5%	23,1%	22,2%	12,7%	13,7%	13,2%
Enfermedades neurológicas o neurodegenerativas	3,5%	3,5%	3,9%	3,9%	0,0%	0,0%	4,8%	11,8%	3,6%
Enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas	8,2%	8,8%	7,8%	9,5%	0,0%	0,0%	7,9%	5,9%	8,4%
Enfermedades del aparato genito urinario	7,8%	6,9%	6,7%	5,9%	0,0%	11,1%	9,5%	11,8%	7,4%
Enfermedades del sistema locomotor o reumatológicas	13,8%	13,3%	16,5%	16,1%	0,0%	22,2%	7,9%	21,6%	14,2%
Enfermedades de piel	6,1%	6,4%	7,8%	5,6%	0,0%	0,0%	12,7%	5,9%	6,2%
Alteraciones del metabolismo de las grasas	4,6%	4,8%	2,4%	4,8%	0,0%	0,0%	6,3%	2,0%	4,5%
Trastorno mental o del comportamiento	2,1%	3,8%	2,4%	1,8%	7,7%	0,0%	6,3%	2,0%	2,4%
Otra enfermedad	9,3%	9,7%	9,0%	10,5%	15,4%	11,1%	9,5%	2,0%	9,5%
Suma Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En cada casilla se muestra el porcentaje de tenencia de la enfermedad de cada categoría de la P43 (“Actividad laboral”). Se observa que los “*Asalariados eventuales o interinos*” presentan porcentajes más reducidos en prácticamente todas las enfermedades. ¿Por qué esta situación laboral presenta menos frecuencias en la tenencia de enfermedades? Como se ve en el cruce de la P43 (“Actividad laboral”) con la “Edad” (P37) (archivo “**Edad-P42 (2848).xlsx**”), buena parte de los “*Asalariados eventuales o interinos*” son claramente más jóvenes que las otras categorías de actividad laboral, lo que explica en cierto modo esa mejor salud. El resto de categorías sobre la “Actividad laboral” (p43) distribuyen homogéneamente los casos de la tenencia de enfermedades (no obstante, téngase en cuenta que “*Ayuda familiar*”, “*Miembro de una cooperativa*”, “*Otra situación*” y los

“N.C” presentan un recuento muy pequeño). En otras palabras, las categorías de la “Actividad laboral” (P43) no distribuyen los casos de las enfermedades porque estén relacionados directamente con lo económico, sino porque los grupos que forman esas categorías tienen otras características de tipo no económico (como la edad por ejemplo) que determinan con más fuerza la distribución de casos.

Es posible, que las categorías utilizadas para crear esta variable sean demasiado generales. Por ejemplo, dentro de un asalariado fijo puede haber un recepcionista de un hotel de 5 estrellas, que esté bien pagado, y también un obrero de la construcción que esté mal pagado y en condiciones precarias de trabajo. Un autónomo puede ser desde una persona que tiene su propio establecimiento y tiene que ir todos los días para mantenerlo, hasta un abogado, un diseñador gráfico, un agricultor o prácticamente cualquier profesión. Del mismo modo que está ocurriendo con las variables anteriores, no parecen estar vinculadas a la salud y distribuyen los casos de forma homogénea, pero no porque la salud no esté vinculada a la actividad o tipo de situación laboral, sino probablemente porque las categorías han agrupado las actividades de tal manera que son heterogéneas dentro de ellas, y quizá demasiado homogéneas entre ellas; al menos para lo que queremos estudiar.

Por tanto, este cruce nos indica que, o bien la actividad laboral no afecta a la salud, o bien que, una vez más, las categorías son demasiado generales como para distinguir qué actividades afectan (desde el punto de vista económico) a la salud y cuáles no.

4.10 P16-P42 (Valoración de servicio sanitario público-Nivel de ingresos). 2916.

Otro aspecto a tener en cuenta, si queremos si ver si la situación económica puede afectar de algún modo al estado de salud, es observar valoran las personas, con sus diferentes situaciones económicas, los servicios sanitarios públicos. Para ello, hemos cruzado los datos de las preguntas P16, donde se le pregunta por la valoración de los diferentes servicios sanitarios públicos (atención primaria, atención especializada, urgencias en hospitales públicos e ingresos y asistencias en hospitales públicos), con los datos de la pregunta P42 (nivel de ingresos). Pueden consultarse las tablas en los archivo “p1601-p42 (2916).xlsx”, “p1602-p42 (2916).xlsx”, “p1603-p42 (2916).xlsx” y “p1604-0p42 (2916).xlsx”.

		Ingresos del hogar familiar											Total
		Menos o igual de 300 euros	De 301 a 600 euros	De 601 a 900 euros	De 901 a 1.200 euros	De 1.201 a 1.800 euros	De 1.801 a 2.400 euros	De 2.401 a 3.000 euros	De 3.001 a 4.500 euros	De 4.501 a 6.000 euros	Más de 6.000 euros	N.C.	
Atención primaria (consulta de médico/a de cabecera (o de familia) y pediatría) en centros de salud	Totalmente insatisfactorio	0,0%	1,6%	1,1%	2,6%	0,7%	2,1%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	1,3%
	2	0,0%	0,5%	0,3%	0,2%	1,0%	0,4%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	1,2%	0,7%
	3	3,8%	2,2%	1,7%	2,3%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	1,5%
	4	3,8%	4,9%	2,6%	1,9%	4,1%	1,2%	4,0%	1,4%	3,7%	0,0%	4,1%	3,2%
	5	11,5%	13,1%	8,0%	10,2%	8,0%	11,6%	9,1%	9,6%	7,4%	33,3%	9,5%	9,7%
	6	0,0%	9,8%	11,4%	9,3%	13,4%	12,4%	16,2%	15,1%	25,9%	0,0%	17,2%	13,2%
	7	19,2%	9,8%	14,0%	19,1%	19,0%	20,2%	20,2%	27,4%	25,9%	0,0%	22,0%	18,9%
	8	34,6%	24,6%	25,6%	27,2%	27,6%	30,2%	30,3%	27,4%	22,2%	0,0%	26,1%	26,9%
	9	11,5%	11,5%	8,3%	11,4%	8,0%	10,7%	9,1%	15,1%	0,0%	0,0%	8,2%	9,4%
	Totalmente satisfactorio	15,4%	21,9%	27,1%	15,8%	16,3%	11,2%	9,1%	2,7%	14,8%	66,7%	9,7%	15,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

		Ingresos del hogar familiar											Total
		Menos o igual de 300 euros	De 301 a 600 euros	De 601 a 900 euros	De 901 a 1.200 euros	De 1.201 a 1.800 euros	De 1.801 a 2.400 euros	De 2.401 a 3.000 euros	De 3.001 a 4.500 euros	De 4.501 a 6.000 euros	Más de 6.000 euros	N.C.	
Atención especializada (consultas de especialistas en centros públicos)	Totalmente insatisfactorio	11,1%	3,6%	1,1%	1,4%	1,4%	2,1%	2,0%	2,6%	0,0%	0,0%	1,1%	1,7%
	2	3,7%	1,6%	0,8%	1,1%	1,9%	0,8%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	1,0%
	3	7,4%	4,2%	0,6%	3,4%	1,2%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	1,9%
	4	7,4%	1,0%	1,7%	3,0%	5,0%	2,9%	7,9%	3,9%	0,0%	0,0%	4,4%	3,6%
	5	7,4%	15,1%	9,2%	14,7%	11,5%	16,9%	5,0%	11,7%	19,2%	0,0%	14,8%	13,2%
	6	14,8%	12,5%	16,0%	12,8%	13,9%	14,0%	30,7%	11,7%	11,5%	0,0%	18,1%	15,6%
	7	11,1%	11,5%	15,4%	19,7%	18,4%	18,5%	15,8%	19,5%	23,1%	0,0%	17,9%	17,4%
	8	18,5%	8,9%	24,6%	18,6%	25,8%	22,6%	17,8%	15,6%	26,9%	40,0%	19,2%	20,4%
	9	0,0%	8,3%	6,4%	9,6%	5,7%	7,0%	8,9%	18,2%	3,8%	0,0%	8,3%	7,9%
	Totalmente satisfactorio	14,8%	18,2%	17,4%	11,7%	10,5%	8,2%	5,0%	6,5%	11,5%	0,0%	5,7%	10,4%
N.S.	3,7%	15,1%	6,4%	3,9%	3,8%	5,3%	5,0%	10,4%	0,0%	60,0%	7,7%	6,5%	
N.C.	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,7%	0,4%	1,0%	0,0%	3,8%	0,0%	0,3%	0,3%	
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

		Ingresos del hogar familiar											Total
		Menos o igual de 300 euros	De 301 a 600 euros	De 601 a 900 euros	De 901 a 1.200 euros	De 1.201 a 1.800 euros	De 1.801 a 2.400 euros	De 2.401 a 3.000 euros	De 3.001 a 4.500 euros	De 4.501 a 6.000 euros	Más de 6.000 euros	N.C.	
Urgencias en hospitales públicos	Totalmente insatisfactorio	10,7%	8,3%	1,7%	3,4%	5,5%	4,1%	7,0%	3,9%	0,0%	0,0%	3,3%	4,1%
	2	0,0%	2,6%	1,4%	3,4%	4,8%	2,8%	7,0%	0,0%	7,4%	0,0%	3,0%	3,2%
	3	3,6%	6,8%	2,8%	3,7%	2,6%	4,9%	0,0%	3,9%	11,1%	0,0%	5,4%	4,1%
	4	3,6%	3,6%	6,2%	10,1%	6,7%	6,9%	4,0%	5,3%	0,0%	0,0%	8,7%	7,3%
	5	0,0%	19,3%	12,9%	17,4%	14,6%	17,9%	16,0%	15,8%	11,1%	33,3%	17,3%	16,2%
	6	14,3%	8,9%	16,5%	12,4%	14,4%	15,0%	20,0%	9,2%	22,2%	0,0%	17,7%	15,0%
	7	10,7%	8,9%	12,3%	13,3%	14,8%	16,3%	12,0%	23,7%	25,9%	33,3%	11,2%	13,2%
	8	32,1%	9,9%	18,8%	14,7%	16,0%	12,2%	17,0%	19,7%	3,7%	33,3%	15,3%	15,4%
	9	0,0%	7,3%	4,2%	6,7%	7,2%	8,5%	7,0%	9,2%	3,7%	0,0%	3,7%	5,8%
	Totalmente satisfactorio	21,4%	14,1%	16,0%	9,6%	8,4%	7,3%	5,0%	5,3%	3,7%	0,0%	5,8%	9,1%
N.S.	3,6%	10,4%	7,0%	5,3%	4,3%	3,7%	4,0%	3,9%	7,4%	0,0%	7,8%	6,2%	
N.C.	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,7%	0,4%	1,0%	0,0%	3,7%	0,0%	0,9%	0,5%	
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

		Ingresos del hogar familiar											Total
		Menos o igual de 300 euros	De 301 a 600 euros	De 601 a 900 euros	De 901 a 1.200 euros	De 1.201 a 1.800 euros	De 1.801 a 2.400 euros	De 2.401 a 3.000 euros	De 3.001 a 4.500 euros	De 4.501 a 6.000 euros	Más de 6.000 euros	N.C.	
Ingreso y asistencia en hospitales públicos	Totalmente insatisfactorio	3,7%	3,1%	1,7%	1,8%	3,1%	1,6%	6,9%	0,0%	3,7%	0,0%	1,6%	2,2%
	2	0,0%	1,0%	0,3%	0,7%	2,6%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,8%
	3	0,0%	6,3%	1,4%	1,6%	1,7%	0,8%	2,0%	3,9%	0,0%	0,0%	1,7%	1,9%
	4	0,0%	3,1%	1,7%	3,4%	2,6%	2,4%	5,0%	1,3%	0,0%	0,0%	5,1%	3,3%
	5	14,8%	12,0%	7,3%	13,0%	8,3%	13,4%	5,0%	10,4%	22,2%	0,0%	14,3%	11,5%
	6	7,4%	9,9%	9,8%	12,1%	11,4%	14,6%	14,9%	15,6%	14,8%	0,0%	14,8%	12,6%
	7	18,5%	12,0%	14,2%	18,1%	21,2%	18,3%	18,8%	14,3%	22,2%	40,0%	17,5%	17,5%
	8	18,5%	9,9%	22,9%	19,5%	21,9%	22,4%	21,8%	24,7%	18,5%	0,0%	18,5%	19,8%
	9	18,5%	10,4%	9,5%	8,9%	9,3%	8,5%	8,9%	7,8%	3,7%	0,0%	6,0%	8,3%
	Totalmente satisfactorio	11,1%	15,6%	20,9%	11,9%	10,5%	9,3%	5,9%	10,4%	3,7%	0,0%	6,7%	11,1%
	N.S.	7,4%	16,7%	10,1%	8,9%	6,7%	7,3%	9,9%	11,7%	11,1%	60,0%	12,8%	10,4%
	N.C.	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,7%	0,4%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La tendencia es ligera, pero se aprecia que a que a mayor nivel de ingresos, menor satisfacción; y viceversa, los de menor nivel de ingresos tienden a estar más satisfechos. Nótese que a pesar de existen pocos casos en los que tienen ingresos más altos, siguen esta tendencia. Una posible interpretación a este movimiento, sería que los que tienen bajos ingresos no pueden aspirar a una sanidad privada, y por eso estarían más agradecidos y satisfechos con lo que tienen. En cambio los que tienen ingresos más altos suelen pagar impuestos muy altos para mantener la Sanidad pública, a pesar de que quizá prefieran utilizar la sanidad privada, y por ello es posible que no tengan una visión tan optimista de la sanidad pública. Otra posible interpretación es que los que tienen ingresos más altos tienden a ser más exigentes ya que sienten que siempre pueden comparar con los servicios del ideal de una buena sanidad privada.

4.11 P16-condicion (Valoración de servicio sanitario público-CONDICION). 2916

Se ha efectuado el mismo cruce con la variable “condición socioeconómica del entrevistado”. Las tablas extendidas se encuentran en los archivos “**P1601-condicion (2916).xlsx**” (valoración atención primaria-condición), “**P1602-condicion (2916).xlsx**” (valoración atención especializada-condición), “**P1603-condicion (2916).xlsx**” (valoración de atención en urgencias en hospitales públicos e ingresos-condición) y “**P1604-condicion (2916).xlsx**” (valoración de ingresos y asistencias en hospitales públicos-condición).

		Condición socioeconómica												Total
		Directores y profesionales	Técnicos y cuadros medios	Pequeños empresarios	Agricultores	Empleados de oficinas y servicios	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	Jubilados y pensionistas	Parados	Estudiantes	Trabajo doméstico no remunerado	No clasificables	
Atención primaria (consulta de médico/a de cabecera (o de familia) y pediatría) en centros de salud	Totalmente insatisfactorio	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	2,4%	1,9%	0,6%	1,7%	2,4%	1,1%	0,0%	1,3%
	2	2,4%	1,0%	0,0%	0,0%	0,5%	2,4%	0,0%	0,2%	0,9%	0,0%	0,7%	0,0%	0,7%
	3	2,4%	1,0%	2,5%	0,0%	0,5%	3,0%	1,1%	1,3%	2,3%	2,4%	0,4%	0,0%	1,5%
	4	4,8%	3,3%	5,1%	0,0%	2,2%	5,3%	1,9%	1,7%	3,6%	4,7%	3,6%	9,1%	3,2%
	5	7,1%	10,5%	17,7%	0,0%	9,2%	7,7%	11,4%	6,6%	13,3%	10,2%	7,9%	4,5%	9,7%
	6	19,0%	18,2%	15,2%	22,2%	19,5%	11,8%	12,5%	8,8%	11,8%	15,7%	12,9%	22,7%	13,3%
	7	22,6%	26,3%	20,3%	16,7%	23,8%	24,9%	18,2%	12,9%	17,3%	29,1%	14,3%	27,3%	18,9%
	8	19,0%	23,0%	22,8%	38,9%	25,4%	27,8%	33,7%	29,1%	26,2%	26,0%	25,4%	22,7%	27,0%
	9	8,3%	8,1%	10,1%	11,1%	8,1%	7,1%	7,6%	13,1%	9,9%	3,9%	8,6%	6,8%	9,3%
	Totalmente satisfactorio	11,9%	8,6%	6,3%	11,1%	9,2%	7,7%	11,7%	25,8%	13,1%	5,5%	25,1%	6,8%	15,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

		Condición socioeconómica												Total
		Directores y profesionales	Técnicos y cuadros medios	Pequeños empresarios	Agricultores	Empleados de oficinas y servicios	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	Jubilados y pensionistas	Parados	Estudiantes	Trabajo doméstico no remunerado	No clasificables	
Atención especializada (consultas de especialistas en centros públicos)	Totalmente insatisfactorio	3,4%	0,9%	3,7%	0,0%	2,1%	1,2%	2,2%	0,7%	2,4%	0,0%	1,8%	4,2%	1,7%
	2	0,0%	1,9%	1,2%	0,0%	1,1%	1,2%	1,5%	0,7%	0,4%	3,1%	1,4%	2,1%	1,1%
	3	2,3%	1,4%	0,0%	0,0%	1,6%	4,1%	1,1%	1,4%	3,6%	1,5%	0,7%	2,1%	1,9%
	4	3,4%	4,2%	4,9%	0,0%	4,8%	1,7%	5,9%	2,3%	3,8%	1,5%	4,6%	2,1%	3,6%
	5	18,4%	20,5%	14,6%	17,6%	15,9%	14,5%	10,4%	10,1%	12,1%	12,3%	13,0%	14,6%	13,1%
	6	13,8%	17,2%	19,5%	5,9%	22,8%	17,4%	16,7%	12,4%	13,4%	18,5%	14,1%	27,1%	15,5%
	7	24,1%	21,9%	19,5%	11,8%	21,7%	19,8%	18,1%	14,1%	17,7%	20,0%	12,3%	14,6%	17,4%
	8	14,9%	15,8%	17,1%	47,1%	12,7%	20,9%	19,3%	23,0%	18,8%	24,6%	27,1%	16,7%	20,4%
	9	5,7%	7,4%	6,1%	11,8%	8,5%	5,2%	7,8%	10,4%	7,2%	4,6%	9,9%	2,1%	8,0%
	Totalmente satisfactorio	4,6%	2,8%	7,3%	5,9%	6,9%	6,4%	9,6%	18,4%	10,9%	5,4%	11,6%	6,3%	10,5%
	N.S.	6,9%	5,6%	6,1%	0,0%	1,6%	7,0%	6,7%	6,4%	9,8%	8,5%	3,2%	8,3%	6,5%
	N.C.	2,3%	0,5%	0,0%	0,0%	0,5%	0,6%	0,7%	0,2%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

		Condición socioeconómica												Total
		Directores y profesionales	Técnicos y cuadros medios	Pequeños empresarios	Agricultores	Empleados de oficinas y servicios	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	Jubilados y pensionistas	Parados	Estudiantes	Trabajo doméstico no remunerado	No clasificables	
Urgencias en hospitales públicos	Totalmente insatisfactorio	3,4%	2,8%	1,2%	0,0%	4,3%	6,0%	6,6%	2,3%	6,4%	6,1%	1,8%	4,3%	4,2%
	2	6,8%	4,2%	2,4%	0,0%	3,7%	1,8%	4,0%	2,8%	3,2%	2,3%	1,4%	2,1%	3,1%
	3	1,1%	6,1%	8,5%	0,0%	4,8%	6,5%	4,8%	2,5%	4,1%	3,8%	3,5%	4,3%	4,1%
	4	5,7%	8,5%	7,3%	0,0%	9,6%	8,3%	8,8%	6,0%	6,8%	5,3%	8,2%	8,5%	7,3%
	5	20,5%	20,2%	18,3%	23,5%	17,6%	18,5%	15,1%	11,8%	16,7%	17,4%	17,4%	10,6%	16,2%
	6	10,2%	16,9%	18,3%	17,6%	17,1%	13,1%	14,3%	13,1%	14,5%	19,7%	14,5%	31,9%	15,0%
	7	18,2%	13,6%	13,4%	23,5%	13,4%	14,9%	14,0%	12,9%	13,2%	9,8%	11,7%	12,8%	13,3%
	8	12,5%	12,7%	9,8%	17,6%	14,4%	16,1%	14,3%	15,9%	17,1%	14,4%	18,8%	6,4%	15,4%
	9	5,7%	4,7%	2,4%	5,9%	7,0%	4,2%	5,5%	6,5%	5,3%	7,6%	6,0%	6,4%	5,7%
	Totalmente satisfactorio	5,7%	4,7%	11,0%	5,9%	4,3%	5,4%	8,5%	15,3%	9,0%	3,8%	9,9%	4,3%	9,1%
	N.S.	8,0%	5,2%	7,3%	5,9%	3,2%	4,8%	3,3%	10,6%	3,4%	9,8%	6,4%	8,5%	6,2%
	N.C.	2,3%	0,5%	0,0%	0,0%	0,5%	0,6%	0,7%	0,4%	0,4%	0,0%	0,4%	0,0%	0,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

		Condición socioeconómica												Total
		Directores y profesionales	Técnicos y cuadros medios	Pequeños empresarios	Agricultores	Empleados de oficinas y servicios	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	Jubilados y pensionistas	Parados	Estudiantes	Trabajo doméstico no remunerado	No clasificables	
Ingreso y asistencia en hospitales públicos	Totalmente insatisfactorio	2,3%	1,9%	1,2%	0,0%	1,1%	3,0%	3,0%	1,1%	3,6%	2,3%	2,1%	0,0%	2,2%
	2	1,1%	0,0%	1,2%	0,0%	1,1%	1,8%	1,5%	0,9%	0,6%	0,8%	0,4%	2,1%	0,9%
	3	1,1%	2,3%	1,2%	0,0%	3,2%	3,0%	2,2%	1,8%	2,4%	1,5%	0,7%	0,0%	2,0%
	4	3,4%	5,6%	3,6%	0,0%	5,3%	6,0%	1,5%	1,9%	3,0%	2,3%	3,5%	4,3%	3,2%
	5	10,3%	15,4%	22,9%	16,7%	11,2%	10,7%	10,7%	6,4%	13,9%	13,8%	10,2%	21,3%	11,6%
	6	11,5%	15,9%	12,0%	16,7%	19,1%	10,7%	12,5%	12,2%	9,6%	17,7%	9,2%	23,4%	12,6%
	7	29,9%	18,7%	18,1%	16,7%	21,8%	23,2%	18,1%	12,9%	16,8%	18,5%	15,5%	14,9%	17,4%
	8	13,8%	17,8%	19,3%	33,3%	17,6%	16,7%	23,6%	19,8%	19,4%	16,2%	27,1%	8,5%	19,9%
	9	3,4%	7,5%	6,0%	11,1%	9,6%	4,8%	7,4%	9,4%	9,8%	4,6%	11,6%	2,1%	8,4%
	Totalmente satisfactorio	4,6%	6,5%	6,0%	5,6%	3,7%	9,5%	7,7%	20,7%	11,1%	3,8%	12,7%	6,4%	11,1%
	N.S.	16,1%	8,4%	7,2%	0,0%	5,9%	9,5%	11,1%	12,7%	9,8%	18,5%	6,7%	17,0%	10,4%
	N.C.	2,3%	0,0%	1,2%	0,0%	0,5%	1,2%	0,7%	0,4%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Se observa una distribución bastante homogénea en los datos, estando la mayoría de ellos entre los puntos 5 y 8 de la escala de valoración, con independencia de la condición socioeconómica, y del servicio valorado. Destacan sin embargo, del mismo modo que en las ocasiones anteriores cuando hemos utilizado la variable CONDICIÓN, que los “*jubilados y pensionistas*” tienen frecuencias más altas en puntuaciones más altas, en todos los servicios. También destaca, que los que se clasifican como “*trabajo doméstico no remunerado*” muestran frecuencias altas en las valoraciones más positivas hacia la atención primaria. A pesar de que son las categorías que valoran peor su salud, son las que mejor valoran los servicios de la sanidad pública.

4.12 P12-ESTATUS (si ha recibido o no alguna recomendación para prevenir el cáncer-ESTATUS). 2848

Sigamos con las valoraciones sobre los servicios sanitarios. Veamos si el ESTATUS influye en el trato recibido. Un indicador relevante para ello puede ser, dependiendo del estatus social, ver si reciben o no recomendaciones por parte del médico. Como se observa en la tabla “**P12-ESTATUS (2848).xlsx**”, donde se cruza la variable p12 (“si ha recibido o no alguna recomendación para prevenir el cáncer”) con ESTATUS a partir de los datos del estudio 2848 del CIS, se observan ciertas diferencias en la cantidad de consejos recibidos según la clase social.

		Estatus socioeconómico					Total
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	
Ha recibido consejo por parte del médico para prevenir el cancer	Sí	36,7%	30,5%	20,8%	22,6%	25,7%	26,8%
	No	61,2%	66,8%	76,3%	75,1%	71,9%	70,7%
	No acude a ningún tipo de consulta sanitaria	0,8%	1,0%	1,0%	1,0%	0,8%	1,0%
	No recuerda	1,1%	1,7%	1,8%	1,1%	1,3%	1,4%
	N.C.	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En términos generales, el número de consejos recibidos va disminuyendo al mismo tiempo que la clase está menos acomodada. La siguiente pregunta del cuestionario (p12a) consulta sobre qué tipo de consejo recibió. Vemos los resultados en las tablas “consejo2-estatus (2848).xlsx”.

Tabla de contingencia Tipo de alimentación * Estatus socioeconómico							
% dentro de Estatus socioeconómico							
		Estatus socioeconómico					Total
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	
Tipo de alimentación	0	86,2%	88,4%	93,4%	92,1%	93,6%	90,9%
	1	13,8%	11,6%	6,6%	7,9%	6,4%	9,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia Peso * Estatus socioeconómico							
% dentro de Estatus socioeconómico							
		Estatus socioeconómico					Total
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	
Peso	0	95,0%	96,3%	97,2%	97,4%	97,3%	96,8%
	1	5,0%	3,7%	2,8%	2,6%	2,7%	3,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia Tabaco * Estatus socioeconómico							
% dentro de Estatus socioeconómico							
		Estatus socioeconómico					Total
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	
Tabaco	0	76,3%	80,5%	88,2%	85,8%	85,4%	83,6%
	1	23,7%	19,5%	11,8%	14,2%	14,6%	16,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia Consumo de alcohol * Estatus socioeconómico							
% dentro de Estatus socioeconómico							
		Estatus socioeconómico					Total
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	
Consumo de alcohol	0	91,6%	93,6%	95,8%	95,5%	97,0%	94,8%
	1	8,4%	6,4%	4,2%	4,5%	3,0%	5,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia Exposición solar * Estatus socioeconómico							
% dentro de Estatus socioeconómico							
		Estatus socioeconómico					Total
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	
Exposición solar	0	84,2%	89,8%	95,1%	94,4%	92,8%	91,7%
	1	15,8%	10,2%	4,9%	5,6%	7,2%	8,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia Revisiones periódicas * Estatus socioeconómico							
% dentro de Estatus socioeconómico							
		Estatus socioeconómico					Total
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	
Revisiones periódicas	0	85,2%	88,3%	92,5%	92,9%	90,7%	90,4%
	1	14,8%	11,7%	7,5%	7,1%	9,3%	9,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia Pruebas diagnósticas * Estatus socioeconómico							
% dentro de Estatus socioeconómico							
		Estatus socioeconómico					Total
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	
Pruebas diagnósticas	0	92,2%	93,5%	96,2%	95,7%	95,2%	94,8%
	1	7,8%	6,5%	3,8%	4,3%	4,8%	5,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia Cuidados de la piel * Estatus socioeconómico							
% dentro de Estatus socioeconómico							
		Estatus socioeconómico					Total
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	
Cuidados de la piel	0	92,4%	94,8%	98,9%	97,1%	97,4%	96,3%
	1	7,6%	5,2%	1,1%	2,9%	2,6%	3,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia Exploración mamaria, examen manual de pecho * Estatus socioeconómico							
% dentro de Estatus socioeconómico							
		Estatus socioeconómico					Total
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	
Exploración mamaria, examen manual de pecho	0	92,0%	92,8%	95,5%	97,1%	92,8%	94,6%
	1	8,0%	7,2%	4,5%	2,9%	7,2%	5,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Aunque las diferencias de clase son sutiles, tal y como ha ocurrido en otros cruces, el patrón se repite. Cuando se pregunta por cada tipo de consejo recibido, se aprecia que las “*clases altas/clases medias-altas*” y las “*nuevas clases medias*” reciben más consejos que el resto de clases. Hay que señalar que en la mayoría de los casos, son las “*viejas clases medias*” las que menos consejos reciben, muchas veces menos que los “*obreros cualificados*” o los “*obreros no cualificados*”.

Una posible interpretación a este fenómeno es que, los médicos darán consejos y hablarán de los problemas del paciente más fácilmente cuando éste tenga la posibilidad de comprenderlos. Esto será más probable, y la comunicación entre paciente-médico será más fructífera, cuando más estudios tenga el paciente. Y tal y como vemos en las tablas “**estudios-estatus (2848).xlsx**”,

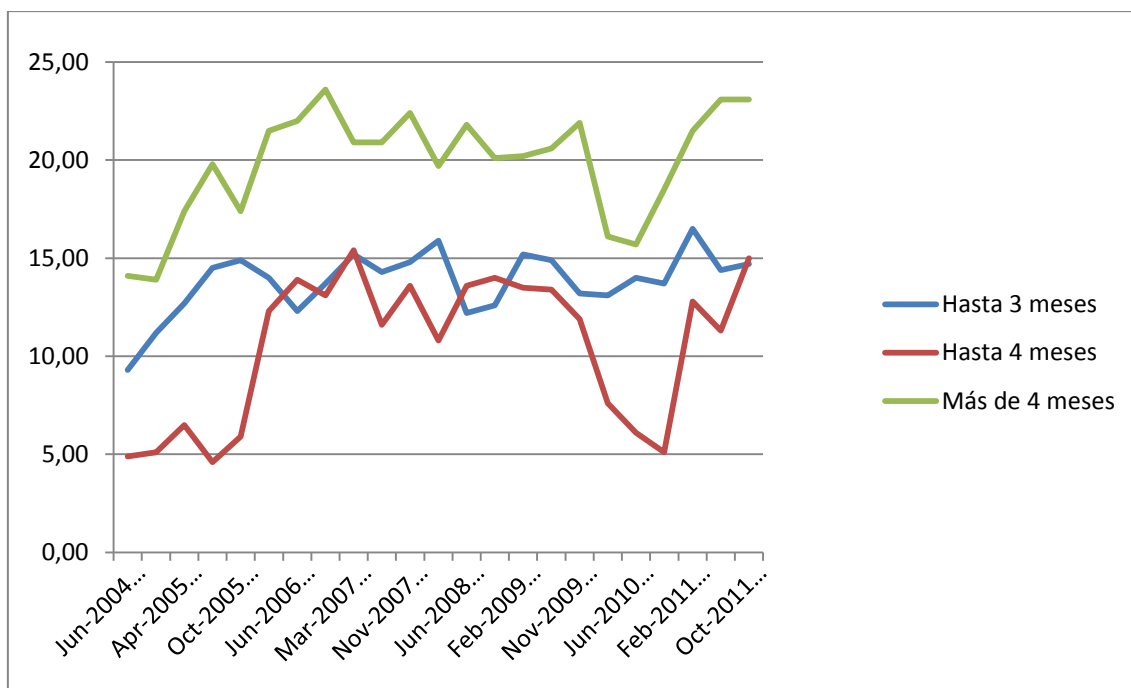
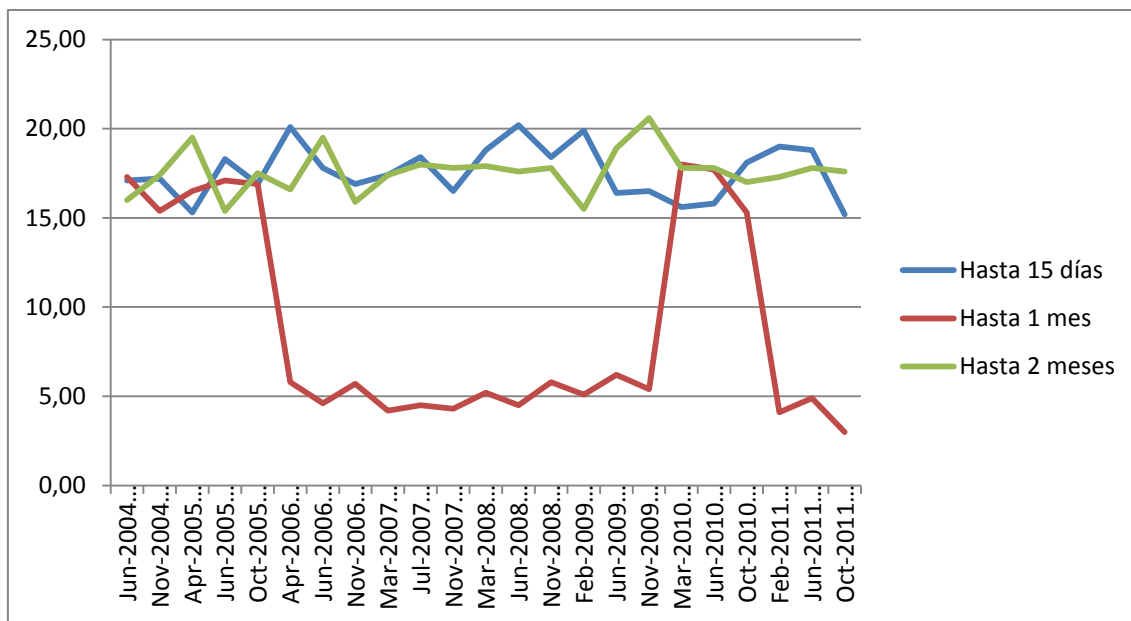
		Estatus socioeconómico					Total
		Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	
Estudios del entrevistado	Sin estudios	0,8%	2,3%	16,3%	8,9%	11,6%	7,7%
	Primaria	7,0%	28,9%	55,7%	59,4%	58,3%	43,6%
	Secundaria	9,8%	22,8%	10,6%	11,8%	12,3%	13,6%
	F.P.	12,3%	26,0%	10,2%	16,0%	12,0%	15,9%
	Medios universitarios	25,9%	9,4%	3,4%	2,3%	2,6%	8,0%
	Superiores	44,0%	10,4%	3,7%	1,2%	2,8%	10,9%
	N.C.	0,2%	0,1%	0,1%	0,4%	0,3%	0,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

las “clases altas/medias-altas” son las que tienen estudios de más alto nivel, con un 44% de los casos con estudios “superiores” terminados y un 25% de los casos con los “Medios universitarios”. Le siguen las “nuevas clases medias”, que distribuyen la mayor parte de sus casos entre los estudios de “Primaria”, “Secundaria” y “F.P.”. El resto de clases (“viejas clases medias”, “obreros cualificados” y “obreros no cualificados”) declara tener, entre el 55% y el 60% de las ocasiones, los estudios de “Primaria” como los últimos terminados. Las “Viejas clases medias” son los que presentan un más alto porcentaje como declarantes de no tener estudios. Es posible que esto explique en buena parte por qué en las consultas unos acaben recibiendo más consejos que otros.

Vemos que “Estatus” y “Nivel de estudios” están correlacionadas, pero eso no significa que sepamos si el “Nivel de estudios” son los que determinan el “Estatus”, o es el “Estatus” es lo que determina el “Nivel de estudios”, o si son las dos interdependientes. Nos limitamos a señalar su correlación; la tarea anterior no corresponde a este estudio.

4.13 Serie temporal L10403004 (Listas de espera para el especialista).

Por último, vamos a ver si las listas de espera pueden decirnos algo sobre la relación entre la salud y la desigualdad económica. Últimamente se habla mucho en los medios de comunicación sobre el aumento en las listas de espera de la sanidad pública. Se ha consulado la serie temporal “L10403004” del CIS, donde se registran las repuestas a la pregunta “¿Y cuánto tiempo pasó desde el día que pidió esta cita hasta el día de la consulta con el especialista?”. En la tabla “**tiempolistasespera.xlsx**” aparecen los resultados.



Como vemos, en el primer gráfico aparece el tiempo desde que pidió la cita hasta que fue a la consulta, en los casos que fueron “hasta 15 días”, “hasta un mes” y “hasta 2 meses”. En la segunda tabla aparecen los casos donde la gente respondió “hasta 3 meses”, “hasta 4 meses” o “más de 4 meses”. Hay que tener en cuenta que los datos sólo llegan hasta el 2011, pero se aprecia una tendencia a que el tiempo en la lista de espera aumente, ya que la gente tiende a contestar cada vez más las opciones de respuesta que supongan un tiempo de espera de cómo mínimo “hasta 3 meses”.

Por otro lado en la pregunta P11 del último Barómetro Sanitario, “Le voy a leer una serie de motivos por los que la gente puede elegir un servicio sanitario público o uno privado. En su caso particular, y siempre en el caso de que Ud. pudiese elegir, ¿elegiría un servicio sanitario público o uno privado teniendo en cuenta...?”, se ofrecen una serie de respuestas posibles. Según los datos, suele considerarse que la mayoría de los motivos por los que elegiría la atención pública o privada, son mejor valorados en la sanidad pública. Pero “La rapidez con la que te atienden” y “El confort de las instalaciones” son las dos opciones de respuesta que están mejor valoradas en la sanidad privada (consultar resultados en la tabla “**motivosPublicaPrivada (2916).xlsx**”). Nos interesa considerar “La rapidez de la atención” (ya que en términos de salud, ésta variable es más importante que la del confort).

La rapidez con que le atienden					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Público	928	35,8	35,8	35,8
	Privado	1510	58,3	58,3	94,1
	Ambos (NO LEER)	128	4,9	4,9	99,1
	N.C.	24	,9	,9	100,0
	Total	2590	100,0	100,0	

¿Qué tiene que ver todo esto con las desigualdades económicas? Teniendo en cuenta que la sanidad privada no está al alcance de todos, y que entre la población existe un motivo importante (en algunas enfermedades, la rapidez de atención es determinante) por el que sí elegirían la privada, queda de relieve que muchas personas tendrían bastantes dificultades de poder acceder a ese servicio rápido que necesitaran. Además no hay que olvidar que las listas de espera tendían a alargarse.

5 Conclusiones.

Este trabajo puede ser un punto de partida para dedicarse a estudiar las desigualdades en la salud en España; si bien en muchos de los cruces efectuados no ha habido correlación, sí ha aparecido cuando se han tomado las variables “Estatus” o “Nivel de ingresos”. Si este trabajo siguiera adelante, se partiría de estas conclusiones que deberían ser constantemente puestas a examen:

- La situación económica sí está relacionada con el estado de la salud de las personas. Aunque la correlación es débil, existe. No es una conclusión definitiva, pero si se siguiera trabajando en este estudio, se seguiría manteniendo la hipótesis de que esta correlación existe. A través de qué procesos, costumbres, prácticas, mentalidades etc... se vinculan estas dos variables, sería el posible siguiente paso de este trabajo. Teniendo en cuenta que la mayor parte de la población española está determinada por el nivel de ingresos (sobretudo ahora con la crisis), este tipo de estudios podría ser de utilidad para establecer mecanismos de actuación en varios niveles (de concienciación, políticas orientadas a la garantía del trato igualitario, mejora en las condiciones laborales etc...) orientadas a la mejora del estado de la salud de la sociedad española. La garantía de un buen estado de salud en la sociedad española, no sólo sería el hecho esperable si se actuara de acuerdo con principios cívicos, sino que además es un derecho fundamental de la constitución española¹.

¹ En su Título I, dedicado a los derechos y deberes fundamentales, la Constitución Española de 1978 establece dos artículos de especial interés para nosotros:

Artículo 41: "Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres."

Artículo 43.1 : "Se reconoce el derecho a la protección de la salud."

Artículo 43.2 : "Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto."

Además, como se detalla en

<http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=43&tipo=2> ,

"La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos (" concepto genérico que incluye a todos aquellos entes (y sus órganos) que ejercen un poder de imperio, derivado de la soberanía del Estado y procedente, en consecuencia, a través de una mediación más o menos larga, del propio pueblo" STC 35/1983, de 11 de mayo) organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. En su artículo 41, de indudable conexión temática con el artículo comentado, la Constitución establece que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad. A su vez, el artículo 38.1.a) de la Ley General de la Seguridad Social incluye dentro de la acción protectora del ámbito de la Seguridad Social "la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo". En fin, el título VIII del texto constitucional diseña una nueva organización territorial del Estado que posibilita la asunción por las Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la sanidad exterior, la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos. Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las Comunidades Autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad. Este proceso se ha completado con un modelo estable de financiación, a través de la aprobación de la [Ley 21/2001, de 27 de diciembre](#), por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, aunque a estos efectos también hay que considerar las modificaciones introducidas en dicho sistema de financiación por las leyes 22 y 23 de 2009 y la orgánica complementaria 3/2009."

- En relación a esto, es posible que alguno/a piense que si existe tal correlación entre situación económica y salud, ésta es mínima porque el Sistema Nacional de Salud es bastante igualitario y universal, y por tanto no habría que darle mucha importancia. Pero, estas diferencias tan pequeñas que se han apreciado con los datos analizados, se magnifican de forma considerable cuando se multiplica por sus términos absolutos.

Conclusiones metodológicas:

- Se plantea la hipótesis de que las variables relacionadas con la situación laboral, ocupación, condición socioeconómica, tipo de actividad o actividad laboral, no muestran una correlación con la variable salud, no porque ésta no exista, sino porque las categorías no están bien definidas; son muy heterogéneas en los componentes que lo forman, y resultan homogéneas entre ellas. Se considera, a partir de este estudio, que éstas variables socioeconómicas no están bien construidas, no describen mucho de la realidad social, y no ayudan a explicar la realidad socioeconómica de la salud.
- Cuanto más conciso, concreto, y directo sea un indicador, más fácilmente pueden interpretarse los datos. En este sentido, el “Nivel de ingresos” ha resultado ser un buen indicador. También “Estatus”, ya que ha afectado en todos los cruces que hemos hecho a la distribución de los casos, pero su definición más general y abstracta no permite entender tan bien por qué se distribuyen así.

6 Bibliografía.

Clare **Blackburn**, “Poor health, poor health care: the experiences of low-income households with children”, en David Banks y Michael Purdy (Eds.), *Health and Exclusion: Policy and Practice in Health Provision*. Routledge, 1999, págs. 25 a 44, parcialmente en http://books.google.es/books?id=DLoBpKmxK_oC

Amaia **Bacigalupe de la Hera** y Unai **Martín Roncero**, *Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La clase social y el género como*

determinantes de la salud. Ararteko, 2007.
http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_701_3.pdf

Carme **Borrell i Thió** y Joan **Benach** (coords.), *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya, Informe CAPS-Fundació Jaume Bofill*. Editorial Mediterrània, 2005.
<http://www.fbofill.cat/intra/fbofill/documents/publicacions/414.pdf>

Antonio **Escolar Pujolar** et alt. (eds.) *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía, 2008.
http://www.fadsp.org/pdf/INDESAN_1.pdf

Constitución española <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/index.htm>

7 Bases de datos consultadas (tanto las que se utilizaron finalmente como las que no)

- Portal Estadístico del Servicio Nacional de Salud.
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm> . Aquí se encuentra un directorio de estadísticas públicas relacionadas con la salud. Hice una exploración sistemática de todas las referencias detalladas en este directorio, pero señalaré aquellas en las que me detuve más:
 - Registro de Altas de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud. CMBD,
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>
 - Barómetro Sanitario: Opinión de los ciudadanos
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual2012.htm>
 - Costes hospitalarios - Contabilidad Analítica
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anadaDesarrolloGDR.htm>
 - Encuesta Europea de Salud en España
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>

- Encuesta Nacional de Salud de España
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>
- Indicadores de Salud
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm>
- Índice Nacional de Defunciones
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/IND_TipoDifusion.htm
- Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>
- Mortalidad por causas España y comunidades autónomas
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>
- Patrones de Mortalidad en España
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>
- Pesos y costes de los Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) de los hospitales del SNS
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anDesarrolloGDR.htm>
- REBECA: Repertorio Básico de Estadísticas y sistemas de Información de las Comunidades Autónomas
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/infEstadisticasCCAA.htm>
- Recursos económicos y población en el Sistema Nacional de Salud
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm>
- OECD.Stat Extracts - Health Database <http://stats.oecd.org/index.aspx>
- OMS - European Health for All Database (HFA-DB)
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>
- EUROSTAT - Public Health Statistics database
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database

- SIIS, Fundación Egúfa Careaga <http://www.siiis.net/es/> Esta página dispone de una base datos con estudios, referencias bibliográficas, revistas y legislación. De aquí se han extraído las referencias bibliográficas utilizadas para el marco teórico.
- Instituto de Salud Carlos III, Epidemiología
<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/enfermedades.shtml>
- Índice de estadísticas por CCAA
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/infEstadisticasCCA.A.htm> En un primer momento se tenía previsto utilizar datos de las comunidades autónomas pero, dada la necesidad de delimitar el trabajo, preferí usar sólo datos a nivel estatal.
- Centro de Investigaciones Sociológicas, Banco de datos de Sanidad
http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2_bancodatos/estudios/listaTematico.jsp?tema=106&todos=si De aquí se seleccionaron los dos estudios utilizados. En cada estudio está disponible el cuestionario, la ficha técnica, el archivo de microdatos, y resultados tanto univariantes como los principales cruces.
- Centro de Investigaciones Sociológicas, Series Temporales
<http://datosbd.cis.es/ciswebconsultas/serieSearchLoad.htm>
- Instituto Nacional de Estadística, INEBASE salud
<http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm#12> Se muestra un índice con las principales estudios; este enlace te ubica en la sección de “salud”.
- Información metodológica de la Encuesta Europea de Salud 2009:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>
Aquí se muestran varios enlaces y archivos de datos, en varios de esos archivos se detalla la metodología del estudio (por ejemplo en las páginas 3-6 de documento de “Principales resultados”).
- La misma información está disponible desde la página del INE:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p420&file=inebase>